

GE_GERICHTE A/3915/2017 vom 19. Oktober 2018

GE Cour de justice, 2018-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3915_2017

FR: GE_GERICHTE A/3915/2017 du 19 octobre 2018

IT: GE_GERICHTE A/3915/2017 del 19 ottobre 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.10.2018
A/3915/2017

A/3915/2017 ATAS/1012/2018 du 19.10.2018 (ARBIT) , ADMIS En fait En droit Par ces motifs République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3915/2017 ATAS/1012/2018 ARRET DU TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES du 19 octobre 2018 En la cause CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, CONCORDIA KRANKEN-UND UNFALLVERSICHERUNG, ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG, AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, KPT KRANKENKASSE AG, VIVAO SYMPANY AG, EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, PROGRÈS VERSICHERUNGEN AG, SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, ASSURA-BASIS SA, AGRISANO KRANKENKASSE AG, HELSANA VERSICHERUNGEN AG, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, SANSAN VERSICHERUNGEN AG, ARCOSANA AG, VIVACARE AG, COMPACT GRUNDVERSICHERUNGEN AG, toutes représentées par SANTÉSUISSE, elle-même, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier BURNET demanderesse contre Doctoresse A_____, domiciliée à GENÈVE défenderesse EN FAIT 1. Madame A_____, née en 1947, est médecin, spécialiste FMH en médecine interne générale. Elle a exploité un cabinet à Genève dès le 1 er décembre 2007 et cela, semble-t-il, jusqu'au 1 er octobre 2017.![endif]>![if> 2. Par courriers des 18 novembre et 13 décembre 2010, SantéSuisse a interpellé la Dresse A_____, dans la mesure où celle-ci avait facturé en 2009 des honoraires nettement plus élevés que la moyenne de ses confrères de sa spécialité, soit un indice de coûts directs par malade supérieur à 150 (152).![endif]>![if> 3. Selon une notice du 3 février 2011 relatant le contenu d'une séance entre les parties du même jour, les honoraires de traitements étaient hors normes en 2009 (CHF 1'005'996.-) et il était surprenant que la Dresse A_____ assumât 1'425 malades. Son cabinet était dans une clinique dentaire et le lien entre sa pratique de généraliste et la clinique était obscur. Selon les explications de l'intéressée, ces chiffres étaient le fait de cinq médecins différents qui facturaient sur son RCC personnel, en raison du refus de la société SASIS de délivrer un n° RCC à la clinique (SDent). En conclusion, les statistiques 2009 étaient inutilisables pour interpréter la pratique de la Dresse A_____ cette année-là.![endif]>![if> 4. Par courrier du 25 octobre 2011, SantéSuisse a informé la Dresse A_____ que ses statistiques pour 2010 étaient toujours hors normes (indice des coûts totaux par malade : 151).![endif]>![if> 5. Par courrier du 24 septembre 2012, SantéSuisse a également signalé à l'intéressée que les indices pour 2011 étaient toujours supérieurs au collectif de comparaison (indice des coûts totaux par malade : 115).![endif]>![if> 6. Par courrier du 21 février 2014, SantéSuisse a interpellé la Dresse A_____ sur « l'explosion » de ses coûts

indirects par malade pour 2012 (soit un indice de 1'251 au lieu de 54 en 2011) ainsi que sur les liens entre son activité et celle du centre médical de Champel.![endif]>![if> 7. Par courrier du 4 avril suivant, à l'en-tête de l'Institut médical de Champel, la Dresse A_____ a en substance invoqué qu'un grand nombre de ses patients avait été en « révision AI » et que d'autres étaient très âgés et présentaient « une pathologie lourde ». Les services de radiologie et de physiothérapie, ainsi que le laboratoire n'appartenaient pas à l'institut. Elle ne percevait aucun honoraire en raison des prestations fournies à ce titre.![endif]>![if> 8. Par courrier du 10 avril 2014, Santésuisse lui répondit ne pas avoir été convaincue par ses explications.![endif]>![if> 9. Par courrier du 29 juin 2015, Santésuisse a constaté que les indices de ses coûts totaux par malade (145) pour 2013 étaient toujours supérieurs à la marge attribuée par la jurisprudence (130).![endif]>![if> 10. Par courrier du 30 novembre 2015, Santésuisse a constaté que les coûts indirects par malade avaient sensiblement baissé (115), mais que les coûts directs par malade avaient augmenté en moyenne de CHF 250.-. L'association a également invité l'intéressée à lui communiquer les raisons de cette hausse.![endif]>![if> 11. La Dresse A_____ n'a apparemment pas donné suite à cette demande.![endif]>![if> 12. Par courrier du 7 avril 2017, Santésuisse a indiqué à l'intéressée que les indices de ses statistiques pour 2015 (248) dépassaient ceux de son collectif de référence dans des proportions extrêmement importantes et qu'elle était en droit de lui réclamer à ce titre une rétrocession de CHF 107'781.- pour cette année-là.![endif]>![if> 13. Le 2 juin 2017, les parties ont tenté en vain une conciliation. A cette occasion, les demanderesses ont proposé à la défenderesse de leur régler CHF 50'000.- à titre de solde de tout compte.![endif]>![if> 14. Par courriel du 28 juin 2017, la défenderesse a sollicité un délai pour se déterminer sur cette offre.![endif]>![if> 15. Par courrier du 30 juin 2017, les demanderesses lui ont indiqué que leur offre de transaction ne serait plus valable à partir de la mi-juillet 2017.![endif]>![if> 16. Des échanges téléphoniques intervenus les 13 juillet, 31 août et 7 septembre 2018 n'ont pas permis aux parties de trouver une solution transactionnelle.![endif]>![if> 17. Par acte déposé le 20 septembre 2017, une vingtaine de caisses-maladie, agissant par l'intermédiaire de Santésuisse, a déposé une demande auprès du Tribunal arbitral, concluant à ce que la Dresse A_____ soit condamnée au paiement en leur faveur de CHF 108'437.- pour l'année statistique 2015 (compte tenu de coûts directs totaux de CHF 227'902.- et d'un indice de 248), ainsi que CHF 76'284.- pour l'année statistique 2016 (compte tenu de coûts directs totaux de CHF 194'342.- et d'un indice de 214).![endif]>![if> Durant la tentative de conciliation extrajudiciaire, la demanderesse avait fait valoir une situation financière dégradée et le fait qu'on ne « maîtrisait pas les malades, ce sont eux qui décident » ; en outre, une procédure devant le tribunal arbitral n'aboutirait qu'à la délivrance d'actes de défaut de biens. 18. Par courrier du 30 septembre 2017 adressé à Santésuisse, la défenderesse s'est opposée à toute transaction. Après quarante ans de pratique, elle renonçait à travailler à la charge de la LAMal en tant que médecin indépendant. Elle quittait la profession avec un goût amer sur ce qu'était devenu le système de santé suisse où « l'intérêt financier des oligarques des assurances passait avant le bien-être des patients et où la consultation devait être chronométrée afin de verser des dividendes pharaoniques à ces magnats ».![endif]>![if> 19. La défenderesse ne s'est pas présentée à l'audience de conciliation du 15 décembre 2017, convoquée par courrier du 15 novembre précédent.![endif]>![if> 20. A l'issue de l'audience, le tribunal a impartit à la défenderesse un délai au 7 février 2018 pour se déterminer sur le mémoire de demande, respectivement pour démontrer qu'elle avait définitivement cessé d'exercer sa profession. Un délai a été

accordé aux parties pour désigner leurs arbitres respectifs.![endif]>![if> 21. Entretemps, par courrier recommandé non daté, reçu le 18 décembre 2017, et remis à la poste le 13 décembre précédent, la fille de la défenderesse a sollicité un report de l'audience du 15 décembre 2017, car sa mère se trouvait à l'étranger, pour une période de deux mois, jusqu'au 31 janvier 2018, pour des raisons familiales et médicales. Sa mère avait également cessé d'exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire depuis le 1^{er} octobre 2017.![endif]>![if> A cet envoi, était joint un courrier de Mme A_____ du 11 décembre 2017 confirmant qu'elle avait mandaté sa fille afin de solliciter « un délai supplémentaire ».

22. Le 18 décembre 2017, les demanderesses ont communiqué le nom de leur arbitre.![endif]>![if> 23. Par courrier du 21 décembre 2017, auquel était jointe une copie du procès-verbal d'audience du 15 décembre précédent, le greffe du tribunal a invité une nouvelle fois la défenderesse à lui communiquer le nom de son arbitre (délai accordé au 15 janvier 2018), respectivement son mémoire de réponse, ainsi que la preuve de la cessation définitive de son activité professionnelle (délai accordé au 7 février 2018).![endif]>![if> 24. Par courrier du 6 février 2018, la défenderesse a fait parvenir au tribunal une attestation de l'Institut médico-chirurgical de Champel du 6 février 2018, à teneur de laquelle celle-ci n'exerçait plus comme indépendante sous son numéro RCC depuis le 1^{er} octobre 2017.![endif]>![if> 25. Par courrier du 7 février 2018 (non signé), la défenderesse a indiqué qu'elle ne souhaitait pas prendre position contre « les accusations faites à (son) encontre, qui (étaient) infondées » et qu'elle refusait toute « négociation monétaire, la santé des patients ne se monnaie pas ou alors la médecine suisse a été prise en otage par les monstrueuses sociétés d'assurances seules à ne pas être obligées de publier leurs comptes et à rémunérer leurs PDG à coup de millions (...) ».![endif]>![if> Elle a également joint une lettre de SASIS du 24 janvier 2018, selon laquelle, sans réponse de sa part d'ici le 24 février 2018, cette société considérerait qu'elle avait renoncé à son numéro RCC.

26. Le 26 février 2018, le tribunal a convoqué une nouvelle audience de conciliation pour le 23 mars 2018.![endif]>![if> 27. Par courrier du même jour, il a imparti un nouveau délai à la défenderesse pour lui communiquer le nom de son arbitre, faute de quoi il lui en désignerait un d'office en application de l'art. 43 al. 3 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS GE J 3 05). La demande de report d'audience formulée le 11 décembre 2017, expédiée le surlendemain, avait été reçue tardivement, à savoir le 18 décembre, soit postérieurement à l'audience de conciliation du 15 décembre.![endif]>![if> 28. La demanderesse ne s'est pas présentée à l'audience du 23 mars 2018, sans s'être excusée.![endif]>![if> 29. Lors de cette audience, les demanderesses ont déclaré retirer leur conclusion portant sur le paiement de CHF 108'437.- pour l'année statistique 2015, au vu de l'arrêt 9C_778/2016 du 12 décembre 2017.![endif]>![if> Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a jugé que le droit fédéral ne permettait pas de considérer qu'un acte du droit de la poursuite ou une simple missive adressée au fournisseur de prestations permettaient, dans le canton de Genève, de sauvegarder le délai de péremption annale prévu par l'art. 25 al. 2, 1^{ère} phr. LPGa (en lien avec l'art. 56 al. 2 LAMal), alors que ce canton connaît une tentative obligatoire de conciliation devant le Tribunal arbitral, ce qui permettait au requérant de sauvegarder le délai de péremption en saisissant l'autorité de conciliation désignée à cet effet.

30. Le 29 mai 2018, le tribunal a convoqué une audience de comparution personnelle des parties pour le 15 juin 2018.![endif]>![if> 31. Lors de cette audience, la défenderesse a fait défaut, sans s'excuser. ![endif]>![if> Les demanderesses ont persisté dans leurs conclusions finales tendant au paiement de CHF 76'284.- pour l'année statistique 2016. Santéuisse nourrissait

une certaine amertume, dans la mesure où elle avait fait preuve de compassion en l'occurrence, alors que la défenderesse avait fait preuve de mauvaise foi en laissant entendre qu'elle serait prête à négocier, puis en ne donnant plus de signe de vie tant devant elle que vis-à-vis du tribunal de céans. 32. Par courrier recommandé du 13 juin 2018, expédié le 14 juin, et reçu le 19 juin, la défenderesse a sollicité un report de l'audience. Elle se trouvait à l'étranger et elle était dans l'impossibilité de « rentrer pour la séance du 15 juin 2018, pour des raisons médicales ». En outre, elle avait interrompu son activité « à la charge des assurances maladie » au 1^{er} octobre 2017. 33. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Selon l'art. 89 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10), les litiges entre assureurs et fournisseurs sont jugés par le Tribunal arbitral. Est compétent le Tribunal arbitral du canton dont le tarif est appliqué ou dans lequel le fournisseur de prestations est installé à titre permanent (art. 89 al. 2 LAMal). Le Tribunal arbitral est aussi compétent si le débiteur de la rémunération est l'assuré (système du tiers garant, art. 42 al. 1 LAMal) ; en pareil cas, l'assureur représente, à ses frais, l'assuré au procès (art. 89 al. 3 LAMal). La procédure est régie par le droit cantonal (art. 89 al. 5 LAMal). En l'espèce, la qualité de fournisseur de prestations au sens des art. 35ss LAMal et 38ss de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal) de la défenderesse n'est pas contestée. Quant aux demanderesse, elles entrent dans la catégorie des assureurs au sens de la LAMal. Par ailleurs, le cabinet de la défenderesse, qui a a priori cessé d'exercer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire depuis le 1^{er} octobre 2017, était installé à titre permanent dans le canton de Genève durant l'année statistique litigieuse 2016. Partant, le tribunal de céans est compétent pour juger du cas d'espèce. 2. La demande respecte les conditions de forme prescrites par l'art. 45 al. 1 de la loi d'application de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 29 mai 1997 (LaLAMal ; RS J 3 05) et les articles 64 al. 1 et 65 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RSG E 5 10) applicable par renvoi de l'art. 45 al. 4 LaLAMal, étant précisé que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) ne s'appliquent pas à la procédure auprès du tribunal arbitral cantonal (art. 1 al. 2 let. e LAMal). 3. La demande est dès lors recevable. 3. Préalablement, il convient de rejeter la nouvelle demande de report d'audience formulée par la défenderesse par courrier recommandé du 13 juin 2018, dans la mesure où cette requête apparaît dilatoire. En effet, en postant cette requête le lendemain (14 juin) seulement, soit la veille de l'audience du 15 juin, la défenderesse ne pouvait ignorer que le tribunal n'aurait ainsi pas été en mesure, le cas échéant, d'annuler ladite audience à temps. La défenderesse a du reste procédé avec la même désinvolture en demandant, par courrier du 13 décembre 2017, le report de l'audience de conciliation du 15 décembre suivant. L'intéressée n'a pas non plus justifié son absence lors de l'audience du 23 mars 2018. Elle n'a pas davantage donné suite à l'invitation, répétée, du tribunal de désigner son arbitre, contraignant celui-ci à lui en nommer un d'office. Sans compter que l'attestation médicale du 13 juin 2018, qui a apparemment été établie en l'absence de la patiente qui se trouvait à l'étranger, ne permet pas de comprendre, vu son caractère succinct, en quoi l'affection médicale dont la défenderesse est atteinte l'aurait empêchée de prendre l'avion à son retour de l'étranger. Enfin, la défenderesse a déclaré elle-même qu'elle ne souhaitait pas « prendre position

contre les accusations faites à (son) rencontre », tout en se limitant néanmoins à affirmer que celles-ci étaient « infondées » (courrier du 7 février 2018). Dans ces conditions, on doit admettre que le refus du tribunal de convoquer une nouvelle fois une audience de comparution personnelle ne porte pas atteinte au droit d'être entendue de la défenderesse, étant au demeurant rappelé que l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas le droit d'être entendu oralement par l'autorité (ATF 134 I 140 consid. 5.3).⁴ Le litige porte sur la question de savoir si la restitution de CHF 76'284.- réclamée par les différentes caisses-maladie concernées, à raison de traitements jugés non économiques prodigués par la défenderesse et remboursés par l'assurance obligatoire des soins en 2016, est fondée.^{5.1} De jurisprudence constante, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'assureur-maladie a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement des prestations (cf. art. 25 al. 2 LPGA). Le délai de péremption commence à courir au moment où la statistique des factumeurs (RSS ; Rechnungssteller-Statistik) de SantéSuisse est portée à la connaissance des assureurs-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 du 15 décembre 2010, consid. 2.3 non publié à l'ATF 136 V 415 ; ATF 103 V 145 consid. 4). Pour préserver le délai, il suffit de déposer une demande devant l'autorité de conciliation prévue par le droit cantonal ou les conventions tarifaires ou devant le Tribunal arbitral cantonal au sens de l'art. 89 al. 1 LAMal. Si la demande de restitution a été formulée dans les délais, la péremption est définitivement exclue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_821/2012 du 12 avril 2013 consid. 4.2). Là où il n'existe pas de procédure de conciliation obligatoire et où, par conséquent, une demande doit être déposée directement devant un tribunal, le délai de péremption est sauvegardé par un acte préalable par lequel le créancier (assureur-maladie) fait valoir de manière appropriée sa créance (en restitution des prestations) contre le débiteur (fournisseur de prestations) (ATF 133 V 579 consid. 4). Le canton de Genève connaît une tentative obligatoire de conciliation préalable par le dépôt d'une requête devant le Tribunal arbitral, si bien qu'un acte du droit de la poursuite ou une simple missive adressée au fournisseur de prestations ne permet pas, a contrario, de sauvegarder le délai de péremption (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 5 précité). S'agissant du point de départ du délai de péremption d'une année, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'était a priori pas arbitraire d'admettre que la date à laquelle les caisses ont eu connaissance des statistiques des factumeurs correspond à celle de la "préparation des données" figurant sur ces mêmes statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_968/2009 précité consid. 2.3).^{5.2} In casu, SantéSuisse a déposé le 20 septembre 2017 sa requête devant le tribunal de céans, tendant au paiement de CHF 76'284.- pour l'année statistique 2016, en se fondant sur les statistiques pour 2016, préparées le 17 juillet 2017. Dans l'intervalle, elle a renoncé à réclamer le remboursement de CHF 108'437.- pour l'année statistique 2015. Force est ainsi d'admettre que les demanderesse ont fait valoir en temps utile leur créance en restitution litigieuse, au sens de la jurisprudence précitée.⁵ Il convient d'examiner maintenant si, comme le soutiennent les demanderesse, la facturation de la défenderesse pour l'année 2016 litigieuse relève de polypragmasie.^{6.1} Aux termes de l'art. 56 al. 1 et 2 LAMal, le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement. La rémunération des prestations qui dépasse cette limite peut être refusée et le fournisseur de prestations peut être tenu de restituer les sommes reçues à tort. L'obligation de restitution fondée sur l'art. 56 al. 2 LAMal ne peut englober que les coûts directement liés à la pratique du médecin (y compris les médicaments délivrés par lui ; ATF 137 V 43 consid. 2.5.1 - 2.5.5). L'exclusion des coûts

indirects de l'obligation de restitution ne modifie en rien la pratique selon laquelle l'examen du caractère économique de la pratique médicale doit se faire sur la base d'une vision d'ensemble (au sens de l'ATF 133 V 37). En effet, une part plus importante que la moyenne de prestations directement délivrées par le médecin par rapport aux prestations déléguées peut s'expliquer par une pratique médicale spécifique pouvant justifier des surcoûts (ATF 137 V 43 consid. 2.5.6). Ainsi, il convient de prendre en considération pour l'examen de l'économocité l'indice de l'ensemble des coûts, à savoir aussi bien les coûts de traitement directs que de traitements indirects (coût des médicaments et autres coûts médicaux occasionnés par le médecin auprès d'autres fournisseurs de prestations), lorsque l'ensemble des coûts est inférieur aux coûts directs. Toutefois, lorsqu'il existe des indices concrets que les coûts inférieurs dans un domaine sont dus à des circonstances extérieures sans lien de causalité avec la façon de pratiquer du médecin, il n'y a pas lieu de procéder à une prise en compte de l'ensemble des coûts (ATF 133 V 37 consid. 5.3.2 à 5.3.5).

7.2 Pour établir l'existence d'une polypragmasie (Überarztung), le Tribunal fédéral admet le recours à trois méthodes : la méthode statistique, la méthode analytique ou une combinaison des deux méthodes (ATFA non publié K 6/06 du 9 octobre 2006, A/2819/2006 consid. 4.1 ; ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1; ATF 119 V 448 consid. 4). Les tribunaux arbitraux sont en principe libres de choisir la méthode d'examen. Toutefois, la préférence doit être donnée à la méthode statistique par rapport à la méthode analytique, qui en règle générale est appliquée seulement lorsque des données fiables pour une comparaison des coûts moyens font défaut (arrêt K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.1 non publié in ATF 133 V 37 ; arrêt K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.1 non publié in ATF 130 V 377 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_570/2015 du 6 juin 2016 consid. 3.3). La méthode statistique ou de comparaison des coûts moyens consiste à comparer les frais moyens causés par la pratique d'un médecin particulier avec ceux causés par la pratique d'autres médecins travaillant dans des conditions semblables (ATFA K 6/06 du 9 octobre 2006, consid. 4.2). Cette méthode est concluante et peut servir comme moyen de preuve, si les caractéristiques essentielles des pratiques comparées sont similaires, si le groupe de comparaison compte au moins dix médecins, si la comparaison s'étend sur une période suffisamment longue et s'il est pris en compte un nombre assez important de cas traités par le médecin contrôlé . Il y a donc polypragmasie lorsque les notes d'honoraires communiquées par un médecin à une caisse maladie sont, en moyenne, sensiblement plus élevées que celles des autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coûts (ATF 119 V 448 consid. 4b ; arrêt K 6/06 du 9 octobre 2006 consid. 4.2, non publié in ATF 133 V 37 ; arrêt 9C_968/2009 du 15 décembre 2010 consid. 5.3 non publié aux ATF 136 V 415 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_778/2016 du 12 décembre 2017 consid. 7.1). Pour présumer l'existence d'une polypragmasie, il ne suffit pas que la valeur moyenne statistique (indice de 100, exprimé généralement en pour cent) soit dépassée. Il faut systématiquement tenir compte d'une marge de tolérance (ATF 119 V 448 consid. 4c) et, cas échéant, d'une marge supplémentaire à l'indice limite de tolérance (RAMA 1988 n° K 761 p. 92). La marge de tolérance ne doit pas dépasser l'indice de 130 afin de ne pas vider la méthode statistique de son sens et doit se situer entre les indices de 120 et de 130 (ATFA non publié K 6/06 du 9 octobre 2006, consid. 4.2; ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004, consid. 6.1 ; SVR 1995 KV p. 125). La marge de tolérance sert à tenir compte des particularités et des différences entre cabinets médicaux ainsi que des imperfections de la méthode statistique en neutralisant certaines variations statistiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_167/2010 du 14 janvier 2011 consid. 3.3). Le

Tribunal fédéral a réaffirmé dernièrement le caractère admissible du recours à la méthode statistique comme moyen de preuve permettant d'établir le caractère économique ou non des traitements prodigués par un médecin donné (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Outre le fait que la méthode n'a jamais été valablement remise en cause (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_205/2008 du 19 décembre 2008 et 9C_649/2007 du 23 mai 2008 ; ATFA non publiés K 130/06 du 16 juillet 2007, K 46/04 du 25 janvier 2006, K 93/02 du 26 juin 2003 et K 108/01 du 15 juillet 2003) et qu'il ne s'agit pas d'une preuve irréfragable, dans la mesure où le médecin recherché en remboursement a effectivement la possibilité de justifier une pratique plus onéreuse que celle de confrères appartenant à son groupe de comparaison, on rappellera que cette méthode permet un examen anonyme, standardisé, large, rapide et continu de l'économicité (JUNOD, Polypragmasie, analyse d'une procédure controversée in Cahiers genevois et romands de sécurité sociale n° 40-2008, p. 140 ss) par rapport à une méthode analytique coûteuse, difficile à réaliser à large échelle et mal adaptée lorsqu'il s'agit de déterminer l'ampleur de la polypragmasie et le montant à mettre à charge du médecin (ATF 99 V 193 consid. 3 ; JUNOD, op. cit. p. 140 ss). On rappellera encore que la méthode statistique comprend une marge de tolérance qui permet de prendre en considération les spécificités d'une pratique médicale et de neutraliser certaines imperfections inhérentes à son application (ATF 136 V 415 consid. 6.2). Selon la jurisprudence, les particularités suivantes liées à la pratique médicale du médecin peuvent justifier un coût moyen plus élevé : une clientèle composée d'un nombre plus élevé que la moyenne de patients nécessitant souvent des soins médicaux (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), un nombre plus élevé de la moyenne de visites à domicile et une très grande région couverte par le cabinet (SVR 1995 p. 125 consid. 4b), un pourcentage très élevé de patients étrangers (RAMA 1986 p. 4 consid. 4c), une clientèle composée d'un nombre plus élevé de patients consultant le praticien depuis de nombreuses années et étant âgés (ATFA non publié K 152/98 du 18 octobre 1999) ou le fait que le médecin s'est installé depuis peu de temps à titre indépendant (réf. citée dans l'ATFA non publié K 150/03 du 18 mai 2004) ou encore l'emploi d'appareils spéciaux, puissants et coûteux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_121/2012 du 22 août 2012 consid. 3.2.2). Pour une énumération des particularités justifiant une telle pratique, voir aussi arrêts du Tribunal fédéral des assurances K 150/03 du 18 mai 2004 consid. 6.3, non publié in ATF 130 V 377 ; K 9/99 du 29 juin 2001 consid. 6c). 7.3 Dans la mesure où la méthode statistique consiste en une comparaison des coûts moyens, dont le second terme repose sur des données accessibles seulement aux assureurs maladie et à leur organisation faîtière, le médecin recherché en restitution doit avoir la possibilité de prendre connaissance des données mentionnées pour être à même de justifier les spécificités de sa pratique par rapport à celle des médecins auxquels il est comparé, faute de quoi son droit d'être entendu est violé. L'accès aux données des deux termes de la comparaison permet également aux autorités arbitrales et judiciaires amenées à se prononcer d'exercer leur contrôle (ATF 136 V 415 consid. 6.3.1). A cet égard, les droits du médecin recherché pour traitements non économiques ont été renforcés. C'est ainsi qu'en plus des informations dont il a la maîtrise dans la mesure où elles résultent de sa propre pratique, le médecin considéré doit avoir accès à ses propres données traitées par Santésuisse, ainsi qu'à certaines données afférentes aux membres du groupe de comparaison, soit le nom des médecins composant le groupe de référence et, sous forme anonymisée, la répartition des coûts pour chaque médecin du groupe de comparaison, à savoir les mêmes données anonymisées que celles produites par Santésuisse le concernant pour chacun des médecins du groupe mentionné (« données du pool de données Santésuisse ») (ATF 136 V 415 consid. 6.3.2 et 6.3.3). 7.4

Contrairement à la méthode statistique qui s'appuie essentiellement sur la comparaison chiffrée des médecins, la méthode analytique entre dans le détail de la pratique du médecin soupçonné de polypragmasie (JUNOD, op. cit., p. 137). Lorsque le tribunal arbitral décide d'appliquer cette méthode, il ordonne la sélection d'un nombre représentatif de dossiers du médecin concerné (RAMA 1987 p. 349 s). Le tribunal décide s'il examine lui-même ces dossiers ou s'il les confie à un ou plusieurs médecins mandatés à titre d'expert. L'expert examine en détail le contenu des dossiers afin de déterminer si chaque décision du médecin était correcte dans le cas particulier. Le médecin mis en cause doit généralement soutenir activement le travail de l'expert. Il a ainsi l'opportunité de discuter les cas considérés a priori douteux par l'expert et d'apporter ses justifications (ATFA non publié K 124/03 du 16 juin 2004, consid. 6 et 7 ; ATFA non publié K 130/06 du 16 juillet 2007, consid. 5; JUNOD, op. cit., p. 138 ; ATAS/1118/2012 précité, consid. 11e). 7.5 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). 8. En matière de polypragmasie, le Tribunal arbitral établit les faits d'office et apprécie librement les preuves (art. 45 al. 3 LaLAMal). 9. En l'occurrence, afin de s'opposer aux prétentions des demandresses pour l'année litigieuse 2016, la défenderesse s'est limitée à faire valoir que les « accusations » formulées contre elle étaient « infondées », sans préciser en quoi la nature particulière de sa patientèle engendrerait dans son cas personnel des coûts plus élevés que la normale. En particulier, elle n'a pas mentionné qu'elle ferait usage de méthodes médicales particulières ou qu'elle aurait eu recours à du matériel médical spécifique. Rien n'indique par ailleurs que les pathologies traitées différencieraient fondamentalement de celles de ses collègues figurant dans son groupe de comparaison. On ne peut pas non plus affirmer que les coûts directs engendrés par la recourante (indice de 214) seraient compensés par des coûts indirects moindres (indices de 119). Faute d'arguments concrets plaidant en faveur de l'application de la méthode analytique, il y a donc lieu de confirmer l'application de la méthode statistique en l'espèce. 10. Dans la mesure où le dossier ne contient aucun élément permettant de justifier un coût statistique moyen plus élevé et, partant, l'admission d'une marge supplémentaire ajoutée à la marge de tolérance de 130% retenue par Santéuisse en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du montant réclamé de CHF 76'284.- à titre de dépassement en coûts directs pour 2016, lequel a été calculé correctement, compte tenu d'un indice de 214 et d'un chiffre d'affaires de CHF 194'342.- réalisé cette année-là $[194'342 - (194'342 \times 130 : 214)]$. 11. Il conviendra dès lors de condamner la défenderesse à restituer CHF 76'284.- aux demandresses pour l'année 2016. 12. La procédure par-devant le Tribunal arbitral n'est pas gratuite. Conformément à l'art. 46 al. 1 LaLAMal, les frais du tribunal et de son greffe sont à la

charge des parties. Ils comprennent les débours divers (notamment indemnités de témoins, frais d'expertise, port, émoluments d'écriture), ainsi qu'un émolument global n'excédant pas CHF 15'000.-. Le tribunal fixe le montant des frais et décide quelle partie doit les supporter (cf. art. 46 al. 2 LaLAMal). ![/endif]>[/if> 13. Au vu du sort du litige, l'émolument, fixé à CHF 1'500.- et les frais du tribunal par CHF 2'905.- seront mis à la charge de la défenderesse (art. 46 al. 1 LaLAMal).![/endif]>[/if> PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL ARBITRAL DES ASSURANCES: Statuant A la forme : 1. Déclare les demandes recevables. ![/endif]>[/if> Au fond : 2. Condamne la défenderesse à restituer, pour l'année statistique 2016 à CSS KRANKEN-VERSICHERUNG AG, CONCORDIA KRANKEN-UND NFALLVERSICHERUNG , ATUPRI GESUNDHEITSVERSICHERUNG, AVENIR ASSURANCE MALADIE SA, KPT KRANKENKASSE AG, VIVAO SYMPANY AG, EASY SANA A SSURANCE MALADIE SA, PROGRÈS VERSICHERUNGEN AG, SWICA GESUNDHEITSORGANISATION, MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, SANITAS KRANKENVERSICHERUNG, INTRAS ASSURANCE-MALADIE SA, PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, ASSURA-BASIS SA, AGRISANO KRANKENKASSE AG, HELSANA VERSICHERUNGEN AG, AVANEX VERSICHERUNGEN AG, SANSAN VERSICHERUNGEN AG, ARCOSANA AG, VIVACARE AG, COMPACT GRUNDVERSICHERUNGEN AG, prises conjointement et solidairement, CHF 76'284.-, en mains de SANTESUISSE, à charge pour elle de procéder à la répartition.![/endif]>[/if> 3. Met les frais du tribunal, par CHF 2'905.-, et un émolument de justice de CHF 1'500.- à la charge de la défenderesse.![/endif]>[/if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![/endif]>[/if> La greffière Irene PONCET Le président Jean-Louis BERARDI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.